**Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy ucznia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIA DO PROJEKTU**  **„SECRETS OF SCIENCE – TAJEMNICE NAUKI”** | | | | | |
| **Dane personalne ucznia** | | | | | |
|  | | **Imię (imiona)** |  | | |
|  | | **Nazwisko** |  | | |
|  | | **PESEL** |  | | |
|  | | **Data urodzenia** |  | | |
|  | | **Płeć** | kobieta / mężczyzna\* | | |
|  | | **Uczeń z niepełnosprawnościami.** | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\* | | |
|  | | **Uczeń, u którego zdiagnozowano specyficzne problemy w nauce (posiada opinię lub orzeczenie poradni psychologiczno – pedagogicznej).** | TAK/ NIE\* | | |
|  | | **Średnia ocen z ostatniej klasyfikacji:** | **Dotyczy uczniów z klas IV – VII**  (wstawić znak „x” we właściwym okienku ) | | |
| średnia ocen z ostatniej klasyfikacji <3,0  średnia ocen z ostatniej klasyfikacji od 3,1 do 4,0  średnia ocen z ostatniej klasyfikacji >4,1 | | |
|  | | **Uczeń należący do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.** | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\* | | |
|  | | **Uczeń bezdomny lub dotknięty wykluczeniem  z dostępu do mieszkań.** | TAK/ NIE\* | | |
|  | | **Uczestnik projektu, którego rodzice/ opiekunowie korzystają ze świadczeń pomocy społecznej tj. dożywianie, stypendium socjalne, wyprawka szkolna.** | TAK/ NIE\* | | |
|  | | **Uczeń żyjący w gospodarstwie składającym się  z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.** | TAK/ NIE\* | | |
|  | | **Uczeń przebywający w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** | TAK/ NIE\* | | |
| **13.1** | | w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | TAK/ NIE\* | | |
|  | | **Uczeń w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej).** | TAK/ NIE / odmowa podania informacji\* | | |
| **Adres zamieszkania ucznia** | | | | | |
|  | **Ulica** | |  | | |
|  | **Nr domu** | |  | **Nr lokalu** |  |
|  | **Miejscowość** | |  | | |
|  | **Obszar** | | miejski / wiejski\* | | |
|  | **Kod pocztowy** | |  | | |
|  | **Województwo** | |  | | |
|  | **Powiat** | |  | | |
|  | **Telefon stacjonarny rodzica/prawnego opiekuna ucznia** | |  | | |
|  | **Telefon komórkowy rodzica/prawnego opiekuna ucznia** | |  | | |
|  | **Telefon komórkowy ucznia** | |  | | |
|  | **Adres poczty elektronicznej (e-mail) rodzica/opiekuna prawnego ucznia** | |  | | |
|  | **Oświadczam, że:**   * + 1. Jestem uczniem/uczennicą klasy………….. Katolickiej Publicznej Szkoły Podstawowej im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.     2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. | | | | |
|  | **Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia:**    **Zajęcia obowiązkowe, z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe:**  **Zadanie 1. Zajęcia psychologiczno-pedagogiczne wraz doradztwem zawodowym:**   grupowe zajęcia psychologiczno – pedagogicznych dla uczniów klas I - VII   indywidualne doradztwo edukacyjno – zawodowe dla uczniów klas IV-VII   zajęcia grupowe z zakresu doradztwa edukacyjno – zawodowego dla klas I-III "Kariera na maksa”   zajęcia grupowe z zakresu doradztwa edukacyjno – zawodowego dla klas IV-VII - warsztaty „Uczę się kreatywnie”  **Zadanie 2. Kompetencje językowe i informatyczne szansą na rynku pracy:**   dodatkowe zajęcia pozalekcyjne z języka angielskiego dla klas I-III   dodatkowe zajęcia pozalekcyjne z języka angielskiego dla klas IV – VII   Kurs ECDL BASE dla klas IV – VII  **Zadanie 3. Wykorzystanie wiedzy i umiejętności matematyczno – przyrodniczych w zajęciach prowadzonych metodą eksperymentu, oraz doposażenie pracowni:**   dodatkowe zajęcia pozalekcyjne matematyczno - przyrodnicze dla klas I-III   dodatkowe zajęcia pozalekcyjne z matematyki dla klas IV - VII   dodatkowe zajęcia pozalekcyjne z przyrody dla klas IV - VII   dodatkowe zajęcia pozaszkolne dla uczniów klas I-III - Wycieczka do Centrum Geoedukacji Geopark Kielce   dodatkowe zajęcia pozaszkolne dla uczniów klas I-III - Wycieczka do Energetycznego Centrum Nauki w Kielcach   dodatkowe zajęcia pozaszkolne dla uczniów klas IV - VII - Udajemy się w podróż – Wyjazd do Krakowa - gra miejska  **(wstawić znak „x” w okienku deklarując udział ww. formach wsparcia)** | | | | |
|  | **\*niepotrzebne skreślić**  **…………………………………..**  Czytelny podpis uczestnika projektu  **…………………………………**  Miejsce i data  Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.  **………………………………..…………………………….**  Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika projektu | | | | |
|  | **Opinia wychowawcy ucznia (uzdolnienia/trudności wychowawcze):**   uczeń/uczennica wykazuje zainteresowania matematyczne, przyrodnicze, informatyczne, językowe;   uczeń/uczennica przejawiający/ca trudności wychowawcze.  Uzyskane wyniki z diagnozy wstępnej w danym roku szkolnym (dot. uczniów klas I – III) ………………  Uzyskana średnia ocen w ostatniej klasyfikacji (dot. uczniów klas IV – VII) ………………  **Dodatkowe informacje** …………………………………………………………………………………….…………  …………………………………………………………………………………….……………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………..…..  ……..…………………………………..  …………………………………  Miejsce i data Czytelny podpis wychowawcy ucznia | | | | |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a ..........................................................................................

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a ..........................................................................................

(ulica / osiedle, numer domu/mieszkania)

..........................................................................................

(kod, miejscowość)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. „Secrets of Science – Tajemnice Nauki” realizowanym przez Katolicki Zespół Edukacyjny w Ostrowcu Świętokrzyskim - Katolicką Publiczną Szkołę Podstawową im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie 8.3 „Zwiększenie dostępu do wysokiej jakości edukacji przedszkolnej oraz kształcenia podstawowego, gimnazjalnego i ponadgimnazjalnego”, Poddziałanie 8.3.2 Wsparcie kształcenia podstawowego w zakresie kompetencji kluczowych.
2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.
3. Oświadczam, że jestem uczniem Katolickiej Publicznej Szkoły Podstawowej im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim.

Uczęszczam do klasy …………….

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Secrets of Science – Tajemnice Nauki” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Oświadczam, że upoważniam Katolicki Zespół Edukacyjny w Ostrowcu Świętokrzyskim – Katolicką Publiczną Szkołę Podstawową im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim,   
   ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie   
   i przekazywanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu.
3. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

.............................................................

Czytelny podpis uczestnika projektu

.................................................

Data

..............................................................

Czytelny podpis rodzica/opiekuna  
 prawnego uczestnika projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Secrets of Science – Tajemnice Nauki”** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
  2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
  3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu   
     **pn. „Secrets of Science – Tajemnice Nauki”**, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości   
     w ramach Programu;
  4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Katolickiemu Zespołowi Edukacyjnemu w Ostrowcu Świętokrzyskim - Katolickiej Publicznej Szkole Podstawowej im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski;
  5. oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ;
  6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
  7. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.................................................

Miejsce i data ...............................................................

Czytelny podpis rodzica/opiekuna  
 prawnego uczestnika projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY   
NA UPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku mojego dziecka\podopiecznego   
w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2017 r., poz. 880, z późn. zm.).

.................................................

Miejsce i data ...............................................................

Czytelny podpis rodzica/opiekuna  
 prawnego uczestnika projektu

**PISEMNA ZGODA RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA**

Ja, niżej podpisany(a),

…………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkały(a)………………………………………………………………………………………………………… (adres zamieszkania: - kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego

…………………………………………………………………………………………………………..……………

(imię i nazwisko dziecka, klasa)

**w projekcie „Secrets of Science – Tajemnice Nauki” realizowanym przez Katolicki Zespół Edukacyjny   
w Ostrowcu Świętokrzyskim - Katolicką Publiczną Szkołę Podstawową im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.** Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie 8.3 Rozwój edukacji   
i aktywne społeczeństwo, Podziałanie 8.3.2. Wsparcie kształcenia podstawowego w zakresie kompetencji kluczowych w formie dodatkowych zajęć pozalekcyjnych, doradztwa psychologiczno - pedagogicznego, dodatkowych zajęć pozaszkolnych, mających na celu podniesienie kompetencji kluczowych uczniów oraz rozwój nauczania opartego o metodę eksperymentu.

Termin realizacji projektu od 01.09.2017 r. do 30.06.2019 r.

1. Potwierdzam prawidłowość informacji zawartych w Formularzu zgłoszeniowym dziecka.
2. Jestem świadomy/a, iż moje dziecko\podopieczny uczestnicząc w projekcie zobowiązane jest do przestrzegania Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
4. Oświadczam, że stan zdrowia dziecka nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w projekcie.
5. Realizator odpowiada za bezpieczeństwo dziecka wyłącznie w trakcie zajęć.
6. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę/-y na samodzielny powrót dziecka po zakończonych zajęciach.
7. Upoważniam Katolicki Zespół Edukacyjny w Ostrowcu Świętokrzyskim - Katolicką Publiczną Szkołę Podstawową im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15,   
   27-400 Ostrowiec Świętokrzyski i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych   
   tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu.

\* niepotrzebne skreślić.

………………………………………………………… ………….………………………………

Data, podpis rodzica / opiekuna prawnego telefon kontaktowy